Rok XXVII. Kraków, 25 Lutego 1888. Nr. 8.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny. 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

I. Przyczynek do chirurgii jelit.

Wypadnięcie wielkiéj pętli jelita cienkiego, enterektomija kawałka 69cm. długiego, wyzdrowienie.

Skreślił Dr. Ferdynand Obtułowicz,
c. k lekarz powiatowy w Buczaczu.

W ostatnim dziesiątku lat chirurgija, a w szczególności gałąź jéj obejmująca trzewa jamy brzusznéj, zrobiła tak olbrzymie postępy, że każdy operator, mający materyjał nieco większy, liczy laparotomije na dziesiątki, a resekcyje jelit, z rozmaitych powodów przedsiębrane nie należą u niego wcale do nadzwyczaj rzadkich przypadków. To też i literatura chirurgiczna w tym dziale jest dość bogatą; liczba dokonanych enterektomij przekroczyła już dawno cyfrę pierwszéj setki, a dość pomyślne wyniki dokonanych dotąd resekcyj stanowią tylko zachętę do przedsiębrania tego rodzaju rękoczynów. Jeżeli i ja ośmielam się wystąpić z opisem resekcyi jelita przed 7ma miesiącami dokonanéj, to obok względnie pomyślnego rezultatu operacyi skłania mnie nad zwyczajna rzadkość przypadku pod względem e t y j o l o g i c z n y m, jakotéż n i e z w y k ł e w s k a z a n i e, zalecające dokonanie enterektomii.

Opis przypadku mego da się streścić w następujących wyrazach: W dniu 23 lipca r. z. odwiedzając chorych na tyfus plamisty, szerzący się w sposób epidemiczny na krańcach powiatu buczackiego, dowiedziałem się od towarzyszącego mi naczelnika gminy, że w Kujdanowie zdarzył się przed 5 dniami nader nieszczęśliwy przypadek, gdyż pewnéj kobiecie kiszki z żywota wypadły. Nie bardzo dowierzając przesadnym zazwyczaj opowieściom włościan byłem przekonany, że ujrzę zwykły przypadek jakiejś przepukliny; jakież jednak było moje zdziwienie, gdy przestępując próg chaty, poczułem woń dziwną surowizny, a odkrywszy prześcieradło osłaniające 30-letnią kobietę ujrzałem na powłokach brzusznych ogromną pętlę jelita rozdętego i dotkniętego w wysokim stopniu zapaleniem, któratо pętla pokrywała poczynając od pępka całą dolną połowę powłok brzusznych. Wywiady powzięte od biednéj choréj pouczyły mnie, że kobieta ta, matka 2ga dzieci żyjących, cierpiała od lat 7u na przepuklinę pępkową znacznych rozmiarów, a nabawiła się tego kalectwa przy pierwszym porodzie. Razem odbyła 3 porody, a dziecko urodzone przed 3ma laty przy porodzie 3cim z rzędu okazało się nieżywém. Przepuklina w ciągu tych lat 7u nie podtrzymywana żadną opaską ciągle się powiększała, skóra pokrywająca ją ustawicznie cieńczała, a ponieważ bardzo biedna ta kobieta ciągle ciężko pracować musiała, doszło w końcu do tego, że w dniu 18 lipca r. z. przy podnoszeniu wiązanki konopi rozcieńczona skóra, osłaniająca przepuklinę, pękła nagle koło pępka i wypadła pętla jelita, która przy nieodpowiednich ruchach choréj jeszcze się więcéj wysuwała, tak że obecnie jest przeszło na ½ metra długą. Chora przez 5 dni nie miała stolca i cierpiała skutkiem tego na mocne rozdymania żywota i boleści; dzisiejszego jednak dnia, t. j. 23 lipca, nastąpił stolec obrzedni i choréj znacznie się ulżyło. Od chwili wypadnięcia jelita chora łóżka nie opuszczała, schodząc tylko dla oddania stolca lub moczu. Wypadniętą pętlę jelita starała się wtłoczyć napowrót, lecz to jéj się nie udało, obecnie pokrywa ją tylko szmatą w wodzie zmaczaną. W dniu 23 lipca r. z., t. j. w 5 dni po wypadnięciu jelita, stan choréj był następujący:

U kobiety liczącéj lat 30, dość dobrze zbudowanéj, wzrostu małego, nędznie odżywionéj, o włosach ciemnych, nie wykazuje badanie narządów umieszczonych w klatce piersiowéj żadnego zboczenia. Język nieco obłożony, tętno przyspieszone, 128 na minutę, miękkie lecz dość pełne, ciepłota również podwyższona, 38·4°C. Na powłokach brzusznych w okolicy pępka i tuż poniżéj linii przebiegającéj poprzecznie przez pępek widać na kształt grubéj, na wpółzgiętéj kiełbasy, ułożoną pętlę jelita, mocno rozdętego, barwy różowawéj

Przy ogrzewaniu do 40° C.

Podrażniano początkowo nerwy podjęzykowe 1, 2, 4 i 6 uderzeniami i za każdym razem otrzymywano zwężenie naczyń, objawiające się obniżeniem pióra poligrafu, nie można jednak było oznaczyć dokładnie ani okresu utajonego podrażnienia, ani *maximum* fali, pobudzano więc w dalszym ciągu przez czas dłuższy.

60mm.	1 sek.	0·35″	5″
„	2 „	0·50″	5″
„	2 „	0·50″	7″
„	2·5 „	0·30″	7″

Przy oziębianiu do 10° C.

Podrażnianie pojedyńczemi uderzeniami aż do 10 pozostawało bez skutku, dopiero od 10 uderzeń w górę można było zauważyć bardzo słabe obniżenie pióra. Przy dłuższém podrażnieniu przedstawiają się własności fali jak następuje:

60mm.	2 sek.	2·50″	20″
„	4 „	2·25″	18″
„	8 „	2·00″	18″
„	8 „	3·50″	30″
„	10 „	2·25″	23″
„	12 „	2·00″	22″

Doświadczenie powyższe stwierdza wyniki badań Anrepa i Cybulskiego, mianowicie, że nerwy podjęzykowe oddziaływają na pojedyńcze uderzenia, również co do czasu utajonego pobudzenia, nadto zaś wykazują podobieństwo z nerwem językowym co do zachowania się w obec zmian ciepłoty. Równie i dla nerwów podjęzykowych czas utajonego podrażnienia maleje przy ogrzewaniu języka, wzrasta zaś przy oziębianiu, a *maximum* zwężenia w pierwszym przypadku wcześniéj występuje, w drugim zaś znacznie się opaźnia.

Nr. II. Duży pies. Zastrzyknięto kurarę do żyły udowéj. Doświadczenie trwało godz. 7. Podrażniano nerwy podjęzykowe przy przeciętych nerwach językowych oraz współczulnych.

Przy zwyczajnéj ciepłocie.

Odległość cewek	Czas podrażniania lub ilość uderzeń	Czas utajonego pobudzenia	Szczyt fali	Uwagi.
60mm.	2 „	1·00″	4″	
„	10 „	1·00″	5″	
„	20 „	1·00″	6″	
„	6 sek.	0·80″	12″	
„	8 „	1·00″	18″	

Przy oziębianiu do 10° C.

60mm.	6 sek.	2·00″	14″	
„	8 „	2·00″	16″	
„	10 „	2·00″	16″	
„	10 uderzeń	1·50	7″	

Przy ogrzewaniu do 40° C.

60mm.	6 sek.	1·00	7″	Pojedyńcze uderzenia wywoływały zwężenie, nie podobna jednak było obliczyć fali.
„	8 „	0 85	10″	
„	10 „	1·00	12″	
„	10 „	0·70	13″	

Nr. III. Duży pies. Kurarę wstrzyknięto do żyły udowéj. Doświadczenie trwało godz. 10. Podrażniano nerwy podjęzykowe przy przeciętych nerwach językowych.

Przy zwyczajnéj ciepłocie.

Odległość cewek	Czas podrażniania	Czas utajonego pobudzenia	Szczyt fali	Uwagi.
60mm.	4 sek.	0 65″	7″	
60mm.	6 sek.	0·80″	8″	
„	8 „	0·75″	10″	

Przy oziębianiu do 15°.

60mm.	4 sek.	1·50″	12″
„	6 „	1·50″	14″
„	12 „	1·60″	20″

Przy oziębianiu do 10° C. wszelkie podrażnianie nerwów pozostawało bez skutków.

Przy ogrzewaniu do 40° C.

60mm.	4 „	0·30″	?
„	5 „	0·30″	7″
„	6 „	0·35″	8″
„	7 „	0·50″	9″
„	8 „	0·25″	9″

Prócz powtarzających się tutaj zjawisk znanych już z poprzednich doświadczeń występuje tutaj nowe, a mianowicie, że nerwy podjęzykowe w miarę coraz większego i dłużéj trwającego oziębienia przestają zupełnie zwężać naczynia. W czém należy szukać przyczyny tego zjawiska, zastanowimy się później, obecnie przytoczę jeszcze kilka doświadczeń.

Nr. IV. Mały piesek. Kurarę zastrzyknięto do żyły udowéj. Doświadczenie trwało godż. 8. Podrażniano nerwy podjęzykowe przy przeciętych nerwach językowych.

Przy zwyczajnéj ciepłocie.

Odległość cewek	Czas podrażniania	Czas utajonego pobudzenia	Szczyt fali	Uwagi.
60mm.	10 sek.	0·80″	23″	Ciepłota była nieco wyższa, niż zazwyczaj, pozostawiono bowiem przez pomyłkę ciepłą wodę w pletysmografie a termometr wskazywał 31° zamiast 27 do 28 jak zazwyczaj.
„	12 „	0·75″	24″	
„	14 „	0·80″	26″	

Przy ogrzewaniu do 40° C.

60mm.	10 sek.	0·50″	11″
„	12 „	0·60″	15″
„	14 „	0·50″	17″
„	16 „	0·60″	18″

Przy oziębianiu do 20°.

60mm.	12 sek.	1·75″	35″
„	14 „	1·75″	40″
„	16 „	2·00″	40″

Przy oziębianiu do 10° nerwy przestały zupełnie oddziaływać nawet na silne prądy.

Nr. V. Pies średniéj wielkości. Kurarę wstrzyknięto do żyły udowéj. Doświadczenie trwało godz. 8. Podrażniano nerwy podjęzykowe przy nienaruszonych nerwach językowych.

Przy zwyczajnéj ciepłocie.

Odległość cewek	Czas podrażniania	Czas utajonego pobudzenia	Szczyt fali	Uwagi.
60mm.	12 sek.	0·80″	18″	
„	14 „	0·80″	21″	
„	20 „	1·00″	30″	

Przy ogrzewaniu do 40° C.

60mm.	12 sek.	0·60″	13″
„	14 „	0·70″	18″
„	16 „	0·60″	18″

Przy oziębianiu do 10° C.

60mm.	12 sek.	3·5″	20″
„	14 „	3·5″	24″
„	16 „	4·00″	25″

Przecięto następnie oba nerwy językowe a po 5 godź. doświadczenia dano 0·020 *Atropini sulphurici.* W 50 minut po zastrzyknięciu atropinu poczęto drażnić nerwy podjęzykowe.

60mm.	12 sek.	1·00″	17″ w 50	m. po zastrzyk. atrop.
„	13 „	1·20″	18″ w 60	m. dano jeszcze 0·01 atrop.
„	18 „	1·20″	24″ w 70	„ „
„	12 „	1·20″	16″ w 80	„ „
„	20 „	1.50″	25″ w 90	„ „
„	18 „	1·50″	22″ w 100	„ „

Atropin więc, jak widzimy z powyższych liczb, nie wywarł żadnego skutku, a małe zwiększenie się okresu utajonego pobudzenia przypisać należy zmęczeniu zwierzęcia po 5 godzinném doświadczeniu. Puls wynosił około 170 uderzeń w minucie.

Stosunki opisane w powyższych doświadczeniach widzieć można dokładnie na falach zamieszczonych w Fig. III.



Fig. III.

Wyniki przytoczonych dotychczas doświadczeń zgodne są z wynikami podanemi przy pierwszém doświadczeniu. Wypada jeszcze tylko nadmienić, że *maximum* fali otrzymanéj przy drażnieniu nerwów podjęzykowych nie utrzymuje się tak długo po ustaniu drażnienia, jak przy nerwach językowych, lecz znacznie wcześniéj poczyna fala powracać do linii znaczącéj O. Różnica ta, zachodząca pomiędzy nerwami językowemi a podjęzykowemi, łatwa jest do wytłumaczenia. Krew wywiera na ściany naczyń pewne parcie, któremu się muszą opierać — skoro więc naczynia rozszerzone wracają do stanu prawidłowego, przezwyciężać muszą opór, który im stawia toż parcie krwi — przeciwnie zaś, to samo parcie dopomaga jeszcze zwężonym naczyniom do rychlejszego rozszerzania się.

Drugiém zjawiskiem, nasuwającém się pod oczy, są zmiany w wysokości krzywéj co do ciepłoty, przy jakiéj doświadczenie było robione. Przy oziębianiu krzywa jest zawsze nader niska, nawet zupełnie znikała przy silném ziębieniu, tj. naczynia przestawały się zwężać, przy nagrzewaniu zaś wzrastała dość znacznie.

Chcąc te zjawiska lepiéj zbadać, zrobiłem szereg doświadczeń przy powolnym obrocie walca, wynoszącym około 8 minut. Ponieważ okresu utajonego pobudzenia nie można przy tych warunkach oznaczyć, opuszczam przeto w następnych doświadczeniach odpowiednią rubrykę. (Dok. n.)

III. Z zakładu patologiczno-anatomicznego prof. Dra Hlavy w Pradze czeskiéj.

Chroniczne zapalenia śródmiąższowe wątroby (Hepatitis interstitialis chronica).

Podał

Dr. Andrzéj Obrzut,

Docent anatomii patologicznéj i I. asystent patologiczno-anatomicznego Zakładu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 7).

Pod względem histologicznym zachodzą, jak widzimy, bezsprzecznie liczne analogije między marskością żółciową a przerostową. Mianowicie znaleźliśmy prawie identyczne zmiany w tkance łącznéj okołożylnéj i śródzrazikowéj, w obu tych postaciach zastąpienie miąższu wątrobowego nie przez samą tkankę łączną lecz przez miąższ embryjonalny, ułożony w nowo utworzonéj tkance łącznéj. Różnica tylko byłaby z drugim przypadkiem marskości przerostowéj, bo takowa była także wielozrazikową. Nie jestto jednak różnica zasadniczéj natury, jak to przy marskości przerostowéj omówiłem. Nie mniéj jednak przecież zachodzą pewne różnice między marskością przerostową a biliarną. Mianowicie pod względem barwika żółciowego, który napawając komórki wątrobowe do pewnego stopnia może być dla nich bodźcem do proliferacyi, ale wywołuje w nich także sprawy wsteczne, dla tego też w marskości żółciowéj może przyjść do zmniejszenia narządu [1]), co w marskości przerostowéj jest nieprawdopodobném. Inne teraz pytanie, czy tak marskość przerostowa, jakotéż żółciowa, zawdzięczają swój początek zapaleniu przewodów żółciowych. O marskości żółciowéj można to *a priori* przypuścić, w marskości zaś przerostowéj nie jest to niczém udowodnione. Czy zapalenie wyjdzie z naczyń krwionośnych, czy z przewodów żółciowych, nie wiele to wpływa na samą sprawę marskościową; jak w jednym tak i drugim razie zapalenie przechodzi na tkankę łączną a w dalszym rozwoju sprawy zapalnéj tylko z pewnością naczynia odgrywają najważniejszą rolę. Co do samego sposobu bujania tkanki łącznéj, to pod tym względem marskość żółciowa ma przecież coś charakterystycznego, mianowicie jest ona zawsze i wszędzie wysepkowatą i jednozrazikową (*insularis monolobularis*). Dla postaci przerostowéj marskości nie jest to koniecznem, jakkolwiek częstém zjawiskiem i pod tym względem, mianowicie co do marskości żółciowéj, do zdania Charcota zupełnie przyłączyć się muszę, marskość ta staje się w późniejszych okresach dopiero pierścieniowatą wzgl. pochewkowatą (*annularis resp. capsularis*). I w żółciowéj postaci marskości tylko większe przewody żółciowe okazywały zmiany, mianowicie rozszerzenie i zgrubienie ścian, proliferacyję i złuszczenie przybłonków. Kanaliki międzyzrazikowe miały przybłonki prawidłowe a w otoczeniu ich zmiany

[1]) Wykazuje to obszerna kazuistyka zebrana przez Mangelsdorfa l. c.

zapalne nie były wybitniejsze niż około naczyń. Marskość zatém żółciowa da się już i na podstawie patologiczno-anatomicznéj oddzielić od innych postaci marskości. W marskości żółciowéj komórki wątrobowe jako ściany naczyń żółciowych włosowatych są najpierw narażone na działanie stagnującéj żółci. Trudno jednak wyobrazić sobie, aby ta szkodliwość nie udzieliła się natychmiast naczyniom włosowatym śródzrazikowym. Przypuścić zatém należy, że i marskość żółciowa jest w pewném znaczeniu *hematogenes*. Na pytanie, dla czego w ludzkiéj patologii nie zawsze następuje marskość żółciowa po zamknięciu przewodów żółciowych, trudno stanowczo odpowiedzieć, tak samo jak na pytanie, dla czego nie każdy pijak cierpi marskość zanikową. Że nie rozstrzyga tutaj szybkość, z jaką następuje zamknięcie przewodów, jak to myśli Beloussow, wynika już z téj okoliczności, że najczęstszą przyczyną niedrożności przewodów są u ludzi różnego rodzaju nowotwory, najczęściéj rak, jużto w samych przewodach, jużto w okolicy. Zamknięcie przewodów nie następuje tu z pewnością nagle, a w moim przypadku drugim marskości żółciowéj zamknięcie to nie było nigdy zupełném. Ważniejszą rolę pod tym względem zdaje mi się odgrywać charłactwo, w jakiém zwykle znajdują się podobne osoby. Śmierć następuje zwykle wcześniéj, zanim przyjdzie do rozleglejszych zmian w wątrobie. Podobnie jak moje dwa przypadki marskości żółciowéj, tak też inne zebrane w literaturze są dalekiemi jeszcze od tego, aby przedstawiały zmiany tak wysokiego stopnia, jak n. p. u królika Nr. 11.

Przystępuję do omówienia marskości, któréj przyczyną są zboczenia w krążeniu tego rodzaju, że następuje znaczne podwyższenie parcia ościennego w żyle głównéj dolnéj, gdzie to parcie udziela się także i żyłom wątrobowym.

C) Cirrhosis cardiaca. (*Cirrhose d'origine cardiaque*).

Przy tak zwanym cyanotycznym zaniku wątroby (*atrophia cyanotica s. centralis rubra hepatis*) zauważono nieraz oprócz zaniku komórek otaczających żyłkę środkową, także rozmnożenie tkanki łącznéj tutaj się znajdującéj. Niektórzy autorowie uważali to rozmnożenie za względne tylko, wynikające z zaniku miąższu, inni oprócz tego zaniku przyjmują rzeczywiste rozmnożenie tkanki łącznéj. I jedno i drugie jest tu prawdopodobném, jak niektórzy autorowie słusznie przypuszczają. Musimy jednak przypuścić przypadki, w których w skutek zastoju w żyłach wątrobowych następuje tak znaczne rozszerzenie żyłki środkowéj i wchodzących do niéj naczyń włosowatych, zanik części środkowych miąższu a nawet ścian włosowatych jest tak znaczny, że miąższ w tych miejscach przypomina utkanie naczyniakowe. W innych przypadkach dotyczy zanik tylko miąższu wątrobowego, ściany zaś włosowate są znacznie zgrubiałe, spływają na licznych miejscach ze sąsiedniemi we większe pasma tkanki łącznéj, tak że otoczenie żyłki środkowéj składa się z mniéj lub więcéj zbitéj tkanki łącznéj, zastępując miąższ wątrobowy ku obwodowi zrazików. Pierwszy, który nadał tym zmianom nazwę marskości był Sabourin [1]). Nowotworzenie tkanki łącznéj odpowiada tutaj granicom, jakie autor ten oznaczył dla swego zrazika wątrobowego [2]). Ze zmian, jakie w téj postaci marskości spotykamy, wynika rzeczywiście podział miąższu wątrobowego na zraziki w znaczeniu Sabourina, ale też ma to miejsce tylko w téj postaci marskości.

[1]) *La cirrhose du système sous-hepatique d'origine cardiaque. Revue de med. juillet*, 1883. — [2]) *Du rôle que joue le système veineux sous-hépatique dans la topographie de la cirrhose du foie. Revue de méd. juin.* 1882.

Obrazy, jakie podał Sabourin a za nim Cornil i Ranvier [1]) są przeciwieństwem marskości zanikowéj, mianowicie pod względem lokalizacyi tkanki łącznéj. Zachodzi teraz inne pytanie, czy przy tém mamy do czynienia z marskością w całém tego słowa znaczeniu, czy też sprawa jest zupełnie czém inném? Pytanie to możemy dopiero roztrząsać na podstawie konkretnego przypadku.

Oto jeden z nich: Antoni Attl, lat 50, gospodarz; rozpoznanie kliniczne: *cirrhosis hepatis, icterus, hypertrophia cordis, emphysema pulmonum, cystitis chronica.*

Rozpoznanie anatomiczne (Obrzut 30/4 1886): *pericarditis adhaesiva chronica cum synechia totali pericardii, dilatatio cordis praecipue sinistri cum lipomatosi, oedema pulmonum acutum, induratio hepatis, infarctus haemorrhagici lienis et tumor chronicus, enteritis et cystitis chronica, icterus laevis, ascites.*

W protokole sekcyjnym zanotowano o wątrobie: Wątroba znacznie zwiększona (3000gr.), brzegi tępe, powierzchnia drobnoziarnista, oprócz ziarnistości spotykamy na powierzchni płytkie bruzdy, torebka zgrubiała. Na przekroju barwa orzecha muszkatołowego, zbita, wśród miąższu nieregularne prążki tkanki łącznéj. Śledziona zwiększona (15—12—6cm.), zbita, barwy wiśniowéj, miąższ skąpy. Badanie mikroskopowe wykazało:

Przy małych powiększeniach znajdujemy obrazy zupełnie różne od znanych dotąd postaci marskości. Jak w téj ostatniéj chorobie najważniejszą rolę odgrywają zmiany w tkance łącznéj okołożylnéj, tak znów tutaj zmiany te są zupełnie inaczéj zlokalizowane. Ani naczynia międzyzrazikowe, ani większe gałązki żyły wątrobowéj nie okazują tu zmian charakterystycznych dla marskości. Błona zewnętrzna tych naczyń jest wprawdzie nieco zgrubiałą, otaczająca je pochewka Glissona także nieco rozszerzoną, ale do téj ostatniéj przylega miąższ wątrobowy zupełnie prawidłowo.

Siedzibą najważniejszych zmian są tutaj same zraziki. Znaczna część miąższu wątrobowego zastąpiona jest zbitą tkanką łączną. Ta tkanka łączna zawiera często resztki zanikłych komórek wątrobowych. Takie ogniska zastępujące miąższ wątrobowy są różnéj wielkości, nie ograniczają się na jeden zrazik. Z nich wybiegają do zachowanego jeszcze miąższu pasma łącznotkankowe wzdłuż naczyń włosowatych i otaczają z obu stron sąsiednie beleczki wątrobowe. Beleczki wątrobowe przylegające są w wysokim stopniu zanikłe, obfitują w barwik, niektóre z nich przemienione zupełnie w tkankę łączną; tylko resztki barwika świadczą o istniejących tu dawniéj komórkach wątrobowych. Wynika z tego, że miąższ zastąpiony jest większemi ogniskami łącznotkankowemi, które się łączą z beleczkami także po większéj części łącznotkankowo przemienionemi. Zachowanie się przetworów naczyń włosowatych między beleczkami jest różném na różnych miejscach; mianowicie widać tu naczynia włosowate znacznie porozszerzane obok znacznie zwężonych lub zupełnie zamkniętych w tkance łącznéj. Obliteracyja ta następuje tym sposobem, że pasma łącznotkankowe otaczające beleczki w miarę zbliżania się ku głównemu ognisku łącznotkankowemu coraz bardziéj grubieją, łączą się ze sąsiedniemi za pomocą wypustek poprzecznych, aż wreszcie światło naczynia włosowatego zanika. Przestwory włosowate porozszerzane (prawdopodobnie kompenzacyjnie) okazują obraz nieco odmienny od zaniku czerwonego, bo ściany ich mimo rozszerzenia są znacznie

[1]) l. c. str. 431.

zgrubiałe i zawierają większe lub mniejsze resztki zanikłych komórek wątrobowych. Wśród tak zmienionego miąższu trudno jest wynaleźć granice pojedynczych zrazików, bo owe ogniska łącznotkankowe nie stoją w związku ani z przestworem międzyzrazikowym, ani téż koniecznie z żyłką środkową, tak że w ogóle lokalizacyja tych ognisk nie daje się bliżéj oznaczyć. Oryjentując się kierunkiem beleczek wątrobowych można czasem przypuszczać, że te ogniska obejmują także zanikłą żyłkę środkową. Często jednak zauważyć można to ostatnie naczynie zupełnie niezmienione i oddzielone od tkanki łącznéj prawidłowym lub zanikłym miąższem wątrobowym. Ważną właściwością tkanki łącznéj jest tutaj to, że nigdzie nie znajdujemy w niéj, ani na jéj granicach tak zwyczajnéj marskości nacieków zapalnych (infiltratów drobnokomórkowych).

Przypadek drugi: Hykšova Anna, lat 28. Rozpoznanie kliniczne: *endocarditis, hydrops, ascites, hydrothorax, anasarca.* Rozpoznanie anatomiczne (Obrzut 2/8 1886): *Insuff. mitral. et stenosis ostii venosi sin., hypertrophia excentrica cordis dextri, insuff. valvulae tricuspidalis et stenosis (minoris gradus); endocarditis valvul. semil. aortae recens verrucosa, hydrothorax bilateralis, hydropericardium, ascites, induratio lienis et infarctus, atrophia cyanotica hepatis et induratio renum, venostasis intestinorum el necroses superficiales duodeni, hydrops universalis.*

W protokole zanotowano o wątrobie: Wątroba znacznie zmniejszona, brzegi dosyć ostre, pochewka zgrubiała, powierzchnia miejscami delikatnie ziarnista. Na przekroju barwa muszkatowa, zwłaszcza w środkowych częściach narządu dosyć zbita. Pod względem mikroskopowym przypadek ten przedstawia się jako wzór marskości zwanéj *cirrhosis cardiaca,* podanéj przez Sabourina. Miąższ podzielony jest na zraziki, ugrupowane około rozgałęzień żyły bramnéj i jéj satelitów. Obwód takich wysp składa się częścią z zanikłych beleczek wątrobowych a rozszerzonych naczyń włosowatych, częścią ze zbitéj tkanki łącznéj, okalającéj te wyspy. W innych miejscach obrazy odpowiadają zanikowi czerwonemu. Nacieków drobnokomórkowych w otoczeniu żyłki środkowéj, *venae sublobularis,* lub większych nie widać nigdzie. Natomiast na niektórych miejscach znajdujemy nacieki drobnokomórkowe w tkance łącznéj okołożylnéj. Tkanka łączna nowowytworzona zrazików (autorów) ma te same cechy, co w poprzednim przypadku. Żyłka środkowa zupełnie zamknięta, niekiedy widoczna, ale zgrubiałe jéj ściany spływają bez wyraźnéj granicy z otaczającą tkanką łączną. Ta tkanka łączna dochodzi miejscami dosyć daleko do obwodu zrazika, z nią łączą się łącznotkankowo przemienione beleczki wątrobowe z resztkami zanikowych komórek a beleczki te wreszcie przechodzą powoli w miąższ prawidłowy, ugrupowany na około naczyń międzyzrazikowych. Środki tak zmienionych zrazików łączą sie z sobą i powstają tym sposobem wiązki łącznotkankowe, dzielące miąższ na zraziki w znaczeniu odwrotném.

Jak w przypadku pierwszym uległy téj przemianie łącznotkankowéj części miąższu niedające się bliżéj oznaczyć, tak w drugim przemiana ta odbywała się sposobem systematycznym, mianowicie w otoczeniu ostatecznych rozgałęzień żył wątrobowych.

Zachodzi teraz pytanie, czy sprawy wyżéj opisane należą do zmian zapalnych, czy téż tylko do t. zw. induracyi, do hyperplastycznego wzmożenia tkanki łącznéj, do jakiego zwykle prowadzi długo trwająca zastoina żylna. Zwyczajnych objawów zapalenia produktywnego, t. j. nacieku zapalnego i następowéj organizacyi tegoż w tkankę łączną, tutaj nie widzieliśmy. W zgrubiałych ścianach naczyń włosowatych otaczających beleczki wątrobowe widzieliśmy tylko liczne częścią równoległe, częścią krzyżujące się delikatne włókienka łącznotkankowe. Wśród tych włókien nieznaczna ilość jąder wrzecionowatych. Że tu rzeczywiście miało miejsce rozmnożenie tkanki łącznéj śródzrazikowéj, wynika już z wyraźnego rozszerzenia téj tkanki około beleczek, które jeszcze nie uległy zupełnie zanikowi. Kwestyja powstawania włókien łącznotkankowych jeszcze dotąd nie jest rozstrzygniętą. Nie wiadomo, czy one są produktem komórek łącznotkankowych, to jest ich wydzieliną, czy téż sąto tylko wypustki tych komórek. Możebność wreszcie nie jest wykluczona, że włókna łącznotkankowe mogą powstawać i bez udziału komórek. Na podstawie zmian opisanych kwestyi téj rozstrzygnąć nie podobna. W każdym razie t. zw. *cirrhosis cardiaca* jest czémś histologicznie różném od innych postaci marskości. Jak w tych charakter zapalny nowotworzenia jest widoczny, tak w tamtéj charakteru tego nie widzimy. Dla tego téż z tém ograniczeniem możemy mówić o *cirrhosis cardiaca.* Marskość ta, jak widzieliśmy, może być systematyczną i nieregularną. W pierwszym razie punktem jéj wyjścia są ostateczne rozgałęzienia żyły wątrobowéj i przylegające naczynia włosowate, w drugim naczynia dotyczące różnych grup miąższu.

Narząd w skutek tych zmian może być albo zmniejszony, albo prawidłowych rozmiarów, albo wreszcie zwiększony. Momentami zmniejszającemi narząd jest zanik miąższu i obliteracyja licznych naczyń włosowatych, zwiększającemi zaś jest nowotworzenie tkanki łącznéj i zastępcze rozszerzenie naczyń włosowatych. Od ilościowego współudziału tych dwóch momentów będzie zależeć wielkość narządu.

Na podstawie powyższego badania histologicznego [1]) podzielićby zatém można zapalenia śródmiąższowe wątroby na następujące postacie:

1. *Cirrhosis atrophica acuta.* Niektóre przypadki żółtego zaniku dotychczas publikowane należą tutaj bezsprzecznie (np. przypadek Carringtona, *Acute atrophy of the liver, Transactions of the pathological Society of London,* T. 36, 1885). Histologicznie charakteryzuje się ta postać marskości zapaleniem szybko od obwodu ku środkowi zrazików postępującém i zastąpieniem prawidłowego miąższu tkanką granulacyjną (*Keimgewebe*). Niektóre z klinicznych przypadów np. znaczna żółtaczka, szybkie zmniejszanie się narządu a nawet zmiany makroskopowe przypominają pod wielu względami żółty zanik, zwłaszcza postać jego przewlekłą (Hlava, Eppinger). Zasadniczą różnicę stanowi jednak pierwotny czysto zapalny charakter w tkance łącznéj właściwy téj postaci.

2. *Cirrhosis atrophica chronica* (Laënnec). Jest zawsze jedno- i więcéj zrazikową, międzyzrazikową a tylko w małym stopniu śródzrazikową. Zanikający miąższ zastąpiony bywa tkanką łączną coraz wyżéj organizującą się i kurczącą, w któréj większa część dróg żyły bramnéj zanika. Miąższ zachowuje się biernie ulegając przemianom wstecznym (zwyrodnienie, zanik i rozpad). Objawy proliferacyjne i dążność do przemiany w miąższ embryjonalny są bardzo ograniczone.

---

[1]) Z powodów wyżéj przytoczonych nie uwzględniam w następującym podziale marskości kiłowéj u dorosłych. O marskości przerostowéj u diabetyków (Wiles, Stockvis, Hanot i Schachmann) nie mam własnego doświadczenia, dla tego formy téj także nie mogłem uwzględnić.

3. *Cirrhosis hypertrophica.* Panuje tutaj pewna równowaga między zmianami zapalnemi tkanki łącznéj około- i śródzrazikowéj z jednéj strony a objawami proliferacyjnemi miąższu z drugiéj. Miąższ tutaj nie zanika, jak w poprzednich dwóch postaciach, tylko przemienia się w miąższ charakteru embryjonalnego. Tu należą:

a) *Cirrhosis hypertrophica simplex* (przypadek 1 i 2). Jest ona zawsze także jednozrazikową, chociaż obok tego jest i wielozrazikową, może także być wyłącznie tylko jednozrazikową. Żółtaczki może nie być a natomiast puchlina brzuszna. Narząd jest zawsze powiększony.

b) *Cirrhosis hypertrophica cum infiltratione adiposa* (przypadek 3). Powiększenie narządu zależy w znacznéj części od nacieku tłuszczowego.

c) *Cirrhosis intercellularis luetica* Charcota. Ze względu na obraz histologiczny proponowałbym dla téj postaci nazwę: *Cirrhosis peritrabecularis dissecans luetica congenita.*

d) *Cirrhosis biliaris.* Początkowo zawsze wysepkowata (w przestworach międzyzrazikowych), późniéj wyłącznie jednozrazikowa, około- i śródzrazikowa. Narząd może się zmniejszyć.

4. *Cirrhosis cardiaca.* Przyroda zapalna zmian nie daje się udowodnić, powiększenie ilościowe tkanki łącznéj jest rzeczywistém. Sprawa ogranicza się do rozgałęzień żyły wątrobowéj, lub występuje niezależnie od tego naczynia.

IV. Oceny i sprawozdania.

Chirurgija.

Langenbuch: Sectio alta subpubica.

Eine anatomisch-chirurgische Studie. Berlin, 1888.

Dwie powszechnie stosowane w ostatnich czasach metody do wydobywania drogą krwawą kamieni pęcherzowych, t. j. *Sectio alta* i *Sectio mediana*, nie są wolne od zarzutów jużto pod względem zagrożenia życia operowanego, mianowicie w dalszym ciągu leczenia, jużto ze względu na wadliwości zawarte w samym akcie operacyjnym. Ztąd téż rozdział na dwa obozy, zwolenników jednéj i drugiéj metody i spór toczący się o wyższość jednéj nad drugą, który do dnia dzisiejszego nie przycichł, jest zupełnie zrozumiały a zbiegnięcie z jednéj chorągwi pod drugą nie zbyt rzadkie i usprawiedliwione.

Niedostateczne pole dostępne na drodze *Sectio mediana*, czego nie tają żarliwi nawet zwolennicy téj metody, jak Volkmann, Küster i inni, znaczne krwotoki, o których wspomina Thompson i Dittel, dość częste nadcięcia nożem lub przedarcia gruczołu krokowego, jakotéż szyjki pęcherza, bądźto w czasie rozszerzenie drogi, bądźto przy wydobywaniu kamienia, o których zamilczają, lecz także i wspominają śmielsi operatorowie, jak Küster (*Verhandlungen der deutschen Gesellsch. f. Chir. XV Congr.* Berlin, 1886), Schede (*Ibidem*). Bergmann (*Ibidem*), Gussenbauer (*Ibidem*), Dittel (*Über fünfzig weitere Steinoperationen. W. mediz. Wochensch.*. Nr. 6) i inni [1]) wreszcie samo przecięcie cewki narządu dość ważnego, który należałoby raczéj ochronić, stanowią pokaźny szereg zarzutów, które wartości téj metody ciężkie zadają ciosy.

Sectio alta wprawdzie wyżéj stawianą bywa i to nawet przez zwolenników *Sectio mediana*, jak przez Volkmanna, gdyż daje bez porównania lepszy dostęp do pęcherza, to jednak w obec częstości następowego zapalenia posokowatego w tkance łącznéj przedpęcherzowéj, które zwykło rozszerzać się daléj na tkankę łączną miednicy i zagrażać życiu chorego, nadto w obec uporczywych przetok pęcherzowych, które w następstwie tegoż cięcia pęcherza nie rzadko występują, pewność zupełna wyniku i bezpieczeństwo dla operowanego w wysokim stopniu są zagrożone.

Przyczyny groźnych powikłań w przebiegu *Sectio alta* upatruje Langenbuch w niedostatecznym odpływie zakażnego moczu, który cewnik stale w pęcherzu pozostawiony nie jest w stanie zapewnić. Zmiana zalecona przez Thompsona i Bergmanna, a polegająca na wprowadzaniu częstém cewnika celem wydalania moczu bez pozostawienia jednak cewnika na stałe w pęcherzu, lubo stanowi pewne ulepszenie wysokiego cięcia pęcherza, nie może jednak zadowolić w zupełności, bo nie zabezpiecza ciągłego odpływu moczu niezbędnie tu wskazanego.

Langenbuch zwolennik *Sectio alta* usiłował więc w obec niedostatków powyższéj metody wynaleźć miejsce odpowiednie dla ciągłego odpływania moczu z pęcherza i wykonał w tym celu szereg badań anatomicznych na zwłokach, które pouczyły, że okolica między dolnym brzegiem spojenia łonowego a korzeniem prącia odpowiada w zupełności warunkom założonym. Cięciem skórném w kształcie odwróconéj litery Y odsłania L. nasadę prącia i oddzielając przyczepy *lig. suspensorium penis*, jakotéż ścięgnistą tkankę od *albuginea* i od spojenia łonowego uzyskuje przez obniżenie się prącia ku dołowi dość znaczną powierzchnię ranną kształtu romboidalnego. W dalszym ciągu oddziela *lig. transversum pelvis*, rozpięte między kośćiami łonowemi i jego boczne przyczepy od kości odłącza, a następnie za pomocą podważki i drewnianego rozszerzacza Volkmanna toruje sobie odpowiedni przystęp do otworu miednicy 4—5cm. średnicy mający, na dnie którego leży dolny i przedni odcinek pęcherza. Postępując ostrożnie nie obraża ani naczyń i nerwów na grzbiet prącia zmierzających, ani nie napotyka wcale w polu operacyjném ciał jamistych prącia. Po rozdzieleniu splotów żylnych leżących przed pęcherzem, którego mały odcinek, (zwłaszcza po napełnieniu i obniżeniu pęcherza ku wychodowi miednicy przez ucisk pomocnika na powłoki brzuszne wywarty), wypukla się pod brzegiem spojenia łonowego, wprowadza zgłębnik do pęcherza dla oznaczenia ujścia wewnętrznego cewki i uciskając od zewnątrz palcem lewéj ręki to miejsce ku dołowi, nakłuwa pęcherz 1cm. powyżéj nożem kończystym, którego ostrze skierowane jest ku górze i ku tyłowi. Uzyskany otwór do pęcherza powiększa nieco nożem gałkowatym pod kontrolą palca, a następnie rozszerza tępo dilatatorem Volkmanna. Otwór jest dostateczny, tak że wnętrze pęcherza, z wyjątkiem tylnéj dolnéj części dna, można dokładnie obmacać palcem, a nawet wzrokiem po części skontrolować. Kamienie i guzy pęcherza można ocenić dobrze pod względem ich wielkości, kształtu i właściwości, kamienie zawarte w uchyłkach ztamtąd wydobyć, mniejsze bezpośrednio, większe zaś po skruszeniu poprzedniém przez ranę pęcherza wyciągnąć. W przypadkach jednak wielkich kamieni niedających się skruszyć i rozległych guzów radzi L. wy-

---

[1]) Na jedném z ostatnich posiedzeń Towarzystwa lekarskiego krak. z ubiegłego roku podniesiono możliwość obrażenia prostaty przy wykonaniu *Sectio mediana*. Zbyt stanowczemu wówczas twierdzeniu, którém wykluczono podobne zajście, niech posłuży za odpowiedź niniejsze sprawozdanie, jakotéż ta drobna uwaga Langenbucha, poparta powagą Henlego, że świadomości chirurga po omacku tu pracującego uchodzi często znaczenie i różnica przeciętych tkanek. *Przyp. Sprawozdawcy.*

konać nadto *Sectio alta suprapubica*, a w tym razie cięcie Langenbucha spełnia tylko pierwotnie mu zakreślone zadanie stworzenia należytego przeciwotworu dla odpływu moczu.

Co do leczenia następowego w przypadkach, gdzie zabieg operacyjny ograniczył się do wykonania *Sectio alta subpubica*, radzi L. zaszyć ranę zewnętrzną dokładnie szwem i założyć dwa sączki do pęcherza, z których jeden, bez otworów bocznych służący do przepłukiwania pęcherza, uchodzi w górnym albo lewym kącie rany skórnéj, drugi zaś z otworami bocznemi przebiega przez kanał utorowany mu poprzednio tępemi kleszczykami, który ciągnie się od rany pęcherza obok cewki i uchodzi na zewnątrz przez otwór w skórze na prawo od *raphe* międzykrocza i 2cm. powyżéj otworu stolcowego. Płyn wlewany przez sączek górny wypłukuje należycie pęcherz i odpływa swobodnie sączkiem dolnym. Po kilku dniach, gdy mocz jest czysty i kwaśny, sączek górny zostaje usunięty, dolny zaś zwolna skracany.

Jako zalety *Sectio alta subpubica* podnosi Langenbuch:

1. Dostęp do pęcherza dostateczny dla wydobycia, względnie dla skruszenia i usunięcia większéj części kamieni pęcherzowych; możność bezpośredniego odsłonięcia *trigonum Lieutaudii*, zkąd wychodzą przeważnie nowotwory pęcherza i odkrycia przerosłego gruczołu krokowego.

2. Łatwość uniknięcia obrażeń ważniejszych tkanek, jakoto gruczołu krokowego, cewki, ciał jamistych, prostnicy, jakoteż nerwów i naczyń.

3. Osiągnięcie trwałego odpływu dla moczu z najniższego punktu pęcherza, jakoteż łatwość osączkowania rany celem zapobieżenia zapaleniu ropnemu w tkance łącznéj miednicy.

4. Wykluczenie szwu pęcherza zwykle zawodzącego.

5. Ominięcie wprowadzania czy to co pewien czas, czy też na stałe cewnika do pęcherza, co wywołuje silne podrażnienie cewki.

6. Możność zagojenia się rany przez rychłozrost.

Autor poleca gorąco swoją metodę podłonową kolegom zawodowym opierając się na swych dotychczasowych ćwiczeniach na zwłokach i nie znajduje w niéj innéj strony ujemnéj, jak tę tylko, że w przypadku zbyt dużych guzów pęcherza lub kamieni wielkich, a niedających się skruszyć, potrzeba dodatkowo wykonać *Sectio alta suprapubica*, do któréj niejednokrotnie również należałoby się uciec mimo wykonania *Sectio mediana*. *Dr. Bossowski.*

Farmakologija.

Schroeder: **O działaniu moczopędném kofeinu i połączeń do tego samego rzędu należących.**

W poprzedniéj swéj pracy „O działaniu kofeinu jako środka moczopędnego“ wykazał autor, że kofein jest dzielnym środkiem moczopędnym i że działa on bezpośrednio na komórki przybłonkowe nerek. U zwierząt nienarkotyzowanych działanie moczopędne może wcale nie nastąpić, gdyż równocześnie podrażnionym zostaje ośrodek naczynioruchowy. Wybitne działanie moczopędne spostrzegał autor po podaniu kofeinu królikom narkotyzowanym wodanem chloralowym. Ponieważ jednak wodan chloralowy zanadto wielki wpływ wywiera na ciśnienie krwi i serce, stósował autor kofein z paraldehydem, który nieznaczny tylko wpływ wywiera na krążenie i serce, a ośrodek naczynioruchowy wprowadza w stan zmniejszonéj pobudliwości. W doświadczeniach wykonanych na królikach z powyższą kombinacyją otrzymał autor bardzo dobre wyniki; w doświadczeniach zaś wykonanych na psach otrzymał wyniki ujemne.

Aethoxykofein wywoływał również znaczne wydzielanie moczu; środek ten nie może być jednak stósowany, gdyż dawki działające moczopędnie sprowadzają po przemijającém podrażnieniu porażenie ośrodkowe.

Kofein, metylhydroxyd i kofeidyn nie działają moczopędnie; natomiast teobromin okazał się bardzo skutecznym środkiem, nierównie lepszym od kofeinu, albowiem nie sprowadza podrażnienia ośrodkowego. Nie działa on zabójczo, a po jego zastósowaniu skutek trwa dłużéj niż po zastósowaniu kofeinu. Autor sądzi, że i dla ludzi uważać można teobromin jako środek w nieznacznym tylko stopniu toksyczny, w przeciwnym bowiem razie możnaby czasem spostrzegać zatrucia wywołane tym środkiem, gdyż czokolada i kakao, zawierające teobromin, często spożywane zostają. Ponieważ w obec kofeinu tylko nerki u ludzi podobnie się zachowują jak i nerki królików, można zatém spodziewać się, że teobromin i u ludzi jako środek moczopędny będzie mógł być zastósowanym; zastąpi on w wielu przypadkach kofein; trzeba go jednak podawać w dawce 4 lub 5 razy większéj niż kofein. (*Archiv für exper. Pathol. u. Pharmakol. Bd. XXIV*).

Dr. Józef Łazarski.

Hopman (Berlin): **W sprawie podawania wielkich dawek kreozotu gruźliczym.**

H. zgadza się w zupełności ze Sommerbrodtem, który powiada „im więcéj chory znosi kreozotu, tém lepsze jego działanie“ (vide spraw. *Przegl. Lek.* 1888). Opiera się on na ośmioletniém swojém doświadczeniu; chorym swoim podaje kreozot razem z nastojem żelaza (1 na 2) trzy razy dziennie po 10 kropli przez pierwszych parę dni, potém po 20, 25 i 30 kropli. Leku tego używają chorzy miesiącami i latami, z małemi tylko przerwami. Chorzy Hopmana biorą jeszcze więcéj kreozotu anieżeli chorzy Sommerbrodta, bo w dalszych tygodniach biorą aż 0·60 do 0·90 dziennie W przypadkach gruźlicy jelit lek ten nie pomaga, tak samo w gruźlicy prosówkowéj. Ponieważ obok domyślnego działania przeciwprątkowego, kreozot w ustroju niezaprzeczenie nie psuje trawienia, ba nawet je poprawia, skoro chorym przybywa na wadze, mają lepszy apetyt, podaje go H. w przypadkach nieżytu żołądka z dobrym skutkiem, nadto w podejrzanych nieżytach błon śluzowych, oskrzeli, u dzieci w wypryskach i obrzmieniach gruczołów. Poleca go też jako znakomity środek, na kilku tysiącach chorych wypróbowany, wszystkim lekarzom. (*Berliner klin. Wochenschrift* 1887, 52).

H. K.

Fliesburg poleca podawanie **salicylanu amonowego w przypadkach chorób zakaźnych ostrych**; lek ten zawiera 1 część kwasu salicylowego a 2 części węglanu amonowego. Dzieciom podawał go 0·05 dorosłym 1·0 *pro dosi*, co godzina lub dwie. Działał nietylko przeciwgorączkowo w przypadkach nieżytu oskrzelowego, dławca, zapalenia płuc, ale skracał niekiedy trwanie choroby. W płynie podawany tworzy osad, który jednak działaniu jego nie przeszkadza. (*Deutsche med. Woch.*, 1888, Nr. 2).

H. K.

β. **Kokain podskórnie stósowany w rwie** (*Tic douloureux*). Dr. Hillier opisuje przypadek, gdzie wiekowy już pacyjent cierpiał od lat 8u na bardzo gwałtowną i dokuczliwą rwę twarzową. Podczas każdego napadu, który trwał parę dni a czasem nawet parę tygodni, występował kurcz niemal co 10 minut. W czasie napadu wystarczało już dotknięcie brody dla wywołania natychmiastowych, gwałtownych drgawek, które nieraz uniemożliwiały

mu przyjmowanie pokarmów. W ciągu 8-letniego trwania choroby próbował on naturalnie wszelkich możliwych środków (jak np. wyjęcia wszystkich górnych zębów po stronie prawéj choréj). Znaczne dawki morfinu sprawiały tylko przemijającą ulgę a nie wiele lepiéj działał silny prąd stały. Kiedy autor w listopadzie 1886 po raz pierwszy został zawezwany do niego [właśnie w czasie już 14 dni trwającego napadu, żądał on wycięcia nerwu. Autor starał się go odwieźć od zamiaru tego rękoczynu, gdyż nie wiele sobie po nim obiecywał i postanowił próbować kokainu. Po zastrzyknięciu 0·01 *Cocain. muriat.* w policzek na parę godzin ból zaraz pierwszego dnia ustąpił. W przeciągu 3ch dni następujących 0·02 kokainu sprawiały ulgę na godzinę; dopiero kiedy następnie co rano i wieczór kokain w ilości 0·03 wstrzykiwano, drgawki ustąpiły. Po 3ch dniach dawkę znowu stopniowo zmniejszano, a dokuczliwe cierpienia nie pojawiły się. Od tego czasu począwszy w przeciągu 6ciu miesięcy wystąpiły 2 napady, które uśmierzono wstrzyknięciem 0·03 kokainu. Zresztą w czasie wolnym od napadu chory ten zupełnie kokainu nie używa. (*Deutsch. Med. Ztg.*).

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Socor (Jassy): **O hemoglobinuryi napadowéj w następstwie męczącego chodzenia.**

W. M. 45 lat liczący, dotknięty od dłuższego czasu rozedmą płuc, zmuszony do przebycia dłuższéj drogi pieszo, zauważył, że bezpośrednio potém mocz oddany był krwawo zabarwiony. Od tego czasu spostrzegł, że po każdém dłuższém chodzeniu oddawał mocz krwawy. Ani wywiady, ani téż badanie przedmiotowe nie wykazały śladów przebytéj zimnicy lub kiły. W czasie, kiedy chory znajdował się pod wpływem zmęczenia po długim marszu, mocz jego był barwy prawidłowéj i nie zawierał ani białka ani téż ciał morfotycznych. Gdy chory wykonał silne ruchy odnogami górnemi, jak ćwiczenia gimnastyczne, mocz był zupełnie prawidłowy; lecz po kilkogodzinnéj przechadzce mocz przyjmował zabarwienie czerwone i zawierał białko. Pod drobnowidem nie znajdował autor w moczu ciałek czerwonych, natomiast mógł otrzymać z niego kryształki Teichmanna, a próba Hellera dawała również wynik dodatni.

S. przypomina, że wydzielanie hemoglobiny przez nerki przychodzi do skutku wtedy, gdy hemoglobina, przy pewnéj zmianie ciałek czerwonych, znajduje się w rozpuszczeniu w samém osoczu krwi, jak to ma miejsce po transfuzyi, po rozległych oparzeniach, w ropnicy, durze, kile, w zatruciach niektóremi istotami itd. Nadto pojawia się hemoglobina napadowo pod wpływem zimna. Autor podaje, że twierdzenia Bollingera, jakoby ta choroba powstawała skutkiem zatrucia istotami rozkładowemi, powstającemi przy kurczeniu się mięśni, przypuścić nie można, nie można bowiem wytłumaczyć, dla czego taka autointoksykacyja powstaje tylko po długiém chodzeniu, a nie powstaje w skutek innych ruchów, w których odnogi dolne nie biorą udziału. (*Bulletin de la Société des médecins et naturalistes de Jassy* 1887, Nr. 6). *A. B.*

V. W sprawie śmierci nagłéj w rekonwalescencyi po dyfteryi. *)

Zarzutów kol. Kwaśnickiego nie mogę pozostawić bez odpowiedzi, jaka po przeczytaniu tychże mimowoli ciśnie mi się pod pióro. I tak zarzuca kol. K. mojemu wywodowi, iż na podstawie wprost ujemnych danych postawiłem dodatnie twierdzenie. Byłoby to zupełnie słuszném, gdyby nie okoliczność, że twierdzenia kol. K., zdaniem mojém, nie zupełnie w tym przypadku wytrzymują krytykę, jak to poniżéj będę się starał wykazać.

A najprzód zarzuca mi kol. K., iż sekcyja nie stwierdziła przypuszczeń moich, które prawie za pewne uważałem. O ile słusznym jestto zarzutem w obec tego, iż w poprzednich pismach na doniosłość nekroskopii dostateczną zwracałem uwagę, nie wiem, — zapewnić jednak mogę kol. K., że dopiero ogłoszenie odpowiednich przypadków nekroskopii dało mi powód do rozpoczęcia dyskusyi, na którą rzeczywiście 9 lat czekałem. Kol. K. dziwi się, że wcześniéj odpowiedniego przypadku w literaturze nie znalazłem, jak żeby medycyna była już nauką zupełnie skończoną!

Wracając do wyniku sekcyi Groena, który badania swoje opiera na materyjale dla szpitala dyfterytycznego w Christyjanii (w ciągu 16 miesięcy 800 przypadków z 300 przypadkami śmierci), uważać go muszę jako nader silne poparcie analogicznego przypuszczenia mego jeszcze w r. 1879 ogłoszonego. Fakt jest bowiem, że tego rodzaju przyczynę śmierci stwierdzoną sekcyjami przedstawiono dzisiaj ze strony poważnéj publiczności lekarskiéj z wyraźną uwagą, że objawy téj śmierci za życia spostrzegane były zupełnie nagłe. Podczas gdy ja zużytkowuję fakt ten jako nieoceniony dowód przypuszczeń moich, kol K. ocenia go dla mnie nazwą wątpliwego sprzymierzeńca. Czy tylko kol. K. sam z sobą nie jest w kontradykcyi? Ja stawiam tego rodzaju możebność śmierci li na podstawie obserwacyi za życia i czekam cierpliwie, czy gdzieś nie znajdę tego samego twierdzenia, popartego sekcyją; kol. K. odmawia mojemu twierdzeniu wszelkiego znaczenia, bo nie jest poparte sekcyją — gdy jednak jestem w możności przedstawienia sekcyi dla tego rodzaju twierdzenia, kol. K. utrzymuje, że takowe jest wątpliwym sprzymierzeńcem dla mojego przypuszczenia.

W dalszym ciągu kol. K. podaje już w wątpliwość twierdzenie Groena, przypuszczając, iż błony dostały się do krtani podczas konania, gdyż „pojąć trudno, dla czegoby krtań przy udziale mięśni wykrztuśnych, jeżeli tylko nie jest znieczulona chloroformem lub jéj wrażliwość odruchowa nie przytępiona kwasem węglowym, nie pozbyła się ciała obcego?“ Ustęp ten kończy się zdaniem, że „znalezione w krtani ciała obce tam tylko *in ultimis* wpaść mogą, nie sąto więc przyczyny konania, ale jego powikłania“. Z twierdzeniem tém trudno się zgodzić, gdyż fakta co innego powiadają. Nie będę tu przypominał przypadku uduszenia skibką tytoniu przy początku chloroformowania, ani téż możności nagłéj śmierci w skutek uduszenia się pijaków wymiocinami, można tu bowiem zawsze przyjąć za przyczynę znieczulenia krtani intoksykacyję chloroformem lub alkoholem; wskażę jednak przypadki nagłego uduszenia się pokarmami ludzi całkiem zdrowych, nieśpiących, niechloroformowanych i niepijanych. Tego rodzaju przypadki opisane są w *Schmidts Jahrbücher* Tom 180, str. 270, Tom 193, str. 57, jakotéż w „Medycynie Sądowéj“ Caspra Limana z r. 1876, T. II, str. 625. Faktem więc jest, że tutaj krtań całkiem zdrowa przy całym swym wykrztuśnym aparacie ciała obcego się nie pozbyła, śmierć nastąpiła nagle, sekcyja zaś wykazała zmiany w narządach wewnętrznych charakterystyczne dla uduszenia, a takowe nastąpiło w skutek zatkania krtani, lub tylko saméj tchawicy pokarmami tamże znalezionemi. A w obec tych faktów nie wiem, czy potrzeba wiele bujnéj fantazyi, aby wyobrazić so-

*) Odpowiedź tę otrzymaliśmy jeszcze d. 21 Grudnia r. z., dla braku miejsca atoli możemy ją ogłosić dopiero teraz. *Redakcyja.*

bie w moim przypadku, gdzie idzie o dziecko śpiące, którego cały organizm cokolwiek bądź jest chorobą osłabiony, uduszenie nagłe błoną dyfterytyczną, któraby całą głośnię dziecka podczas snu odrazu i nagle zatkała? Snać odmiennego zdania od kol. K. był redaktor *Med. Chir. Rundschau*, znany w świecie naukowym prof. Loebisch, któremu (przeczytawszy referat o pracy Groena) tłumaczenie rozprawki mojéj z r. 1879 posłałem, gdyż ją jako analogiczny przypadek (naturalnie o ile to z obserwacyi za życia wnosić było można) do przypadków Groena w Nrze 22 swego czasopisma na naczelném miejscu ogłosił, bez żadnych z swéj strony uwag. Daléj pisze kol. K., iż porażeń serca nie wykluczyłem, przez co pozbawiłem sprawę najlepszych świadków, zarzuca mi nawet, iż rozpoczynając dyskusyję rozprawy méj z r. 1879 nie czytałem, gdyż tam nie ma w niéj mowy o porażeniach. Odpowiem na to kol. K., iż jeżeli on tylko uważniéj przeczyta co dopiero wspomnianą rozprawę, znajdzie w niéj z pewnością to, czego szuka. Nie chcąc być posądzonym o naciąganie według potrzeby odpowiedniego ustępu przytaczam tu główne zdanie:

„10 grudnia. Dziecko widocznie zdrowsze, prawie cały dzień się bawiło: Ciepłota i tętno zupełnie prawidłowe. Stan więc dziecka zupełnie zadowalający, śmierć nastąpiła z uduszenia, przyczém była erekcyja prącia“.

Wynika z tego, iż nie może tu być mowa o porażeniu serca lub płuc, gdyż jest tu mowa o tętnie zupełnie prawidłowém i o stanie ogólnym zupełnie zadowalającym. Mniemam, iż porażenie serca lub płuc z jednéj strony a tętno zupełnie prawidłowe i stan ogólny zupełnie zadowalający z drugiéj strony, sąto dwa krańcowe pojęcia, a obecność jednego wyklucza istnienie drugiego. W epikryzie rozprawki mojéj wyraźnie jest podniesione, że cała sprawa miała charakter łagodny, gorączka trwała 8 dni z miernèm tylko natężeniem, bo nie przekraczała nigdy 39°C., nie było téż nigdy majaczeń. Pozwolę sobie nareszcie zwrócić uwagę kol. K. na to, że dalsze zdania téj epikryzy są tylko w celu wykluczenia odpowiednich przyczyn śmierci podane. I tak pisząc: „ponieważ krtań przez cały czas choroby nie była zajęta sprawą dyfterytyczną,“ nie mam w tém innego celu, jak tylko, aby dyfteryję krtani wykluczyć, słowami „dziecko nie było zresztą chorobą tak dalece osłabione, owszem, tętno aż do samego napadu zaduszenia było pełném“ przy poprzednio podniesionym stanie ogólnym zupełnie zadowalającym i nieciężkim w ogóle przebiegu choroby, wykluczam śmierć z porażeń, daléj słowami „nagłośnia przy obmacywaniu nie okazała się obrzmiałą“ — wykluczam obrzmienie głośni [1]). Zdaje mi się, że cel tych słów zupełnie jasny i one same za siebié mówią. Analogicznie mógłby mi zarzucić kol. K., iż nie wykluczałem śmierci z powodu dyfteryi krtani lub z obrzmienia nagłośni, także i te dwie sprawy bowiem nigdzie nie są po imieniu nazwane.

W obec tego wszystkiego ze zdumieniem podziwiam kol. K., iż nie chce widzieć, że drogą wykluczenia a na podstawie obserwacyi przyjmuję śmierć z uduszenia błoną dyfterytyczną, owszem, że on na podstawie tych samych danych czuje się uprawnionym do przyjęcia śmierci z porażeń, przyczém się rozpisuje o ogólnie zresztą znanych rzeczach w sprawie porażeń przy dyfteryi.

Kol. K. odkrywa w mojéj rozprawce porażenie podniebienia miękkiego, nie dziwi mnie to odkrycie, gdyż objawy tegoż ja opisałem. Dodaćbym miał chyba do tego, iż objaw ten nie rzadko spostrzegam przy dyfteryi, nigdy jednak nie uważałem, aby on sam przez się miał mi zwiastować śmierć nagłą z porażenia. Tutaj należy mi także wyjaśnić, dla czego objaw lekkiego zapadu na dwa dni przed śmiercią uważałem za przesilenie chorobowe, a nie jak to chce kol. K. za objaw porażenny. Skłoniła mnie do tego okoliczność, że opadowi tętna towarzyszył opad gorączki, jak to bywa przy przesilaniu się niektórych chorób gorączkowych, że od tego czasu gorączka ustała, a stan ten bezgorączkowy utrzymywał się już stale przez następne dwie doby aż do końca życia, i że od téj chwili dopiero widać było co raz to większe polepszenie w stanie ogólnym dziecka.

Co do ostatniego zarzutu, iż nie opisano objawów ścieśnienia krtani za życia spostrzeganych, nie pojmuję, jakim sposobem kol. K. dla uduszenia nagłego wymaga tych samych objawów, co przy dławcu krtaniowym w jego 1szym okresie? Sąto dwie sprawy bardzo od siebie oddalone i zupełnie od siebie różne. Dla objawów śmierci z nagłego przerwania dopływu powietrza do płuc powstałych trzeba innych wzorów poszukać, aniżeli są te, jakie się obserwuje przy powolném duszeniu się dziecka w 1ym okresie dławca, mianowicie trzeba się zapytać, jak wygląda śmierć ludzi nagle uduszonych? Nie idzie tu bowiem o cieśń krtaniową, ale o nagłe zatkanie téjże. W opisie powyżéj przytoczonych przypadków śmierci nagłéj z uduszenia pokarmami nie znajduje się ani jeden objaw wymagany przez kol. K., nawet sinica nie jest konieczną. a śmierć następuje nagle. Groen w swoich spostrzeżeniach, popartych sekcyjami, mówiąc o śmierci z uduszenia błoną dyfteryczną, objaw téjże opisuje wyrazami „*syncopeähnliche Zufälle*“. W moim przypadku nagłe zerwanie się ze snu, wodzenie błędnemi oczyma do koła, gwałtowne i nadaremne silenie się do kaszlu i oddechu i prawie natychmiastowa śmierć w obec erekcyi prącia u dziecka, którego tętno przed zaśnięciem było pełném i zupełnie prawidłowém, a stan ogólny zupełnie zadawalającym, zrobiło na mnie konieczne wrażenie tego co widziałem, mianowicie, iż dziecko to umiera z całkowitego a gwałtownego odcięcia dopływu powietrza do płuc. A jeżeli kol. K. twierdzi, iż co dopiero opisane objawy konania dadzą się zastosować do śmierci z każdéj choroby z wyjątkiem uduszenia się ciałem obcém w krtani, to odpowiem na to tylko tyle, iż co do mnie, to mimo méj przeszło 12 letniéj praktyki prywatnéj, a wśród tego sześcioletniéj w szpitalu powszechnym, podziwiam jego obserwacyje, na podstawie których czuje się uprawnionym do wypowiedzenia podobnych twierdzeń. Ja przynajmniéj nie widziałem jeszcze nigdy przy śmierci naturalnéj (oprócz opisanego przypadku) erekcyi prącia, — czy i to ma być objawem śmierci z porażenia?

Wywód swój kończy kol. K. wyrażeniem nadziei, iż uwagi jego, a raczéj zarzuty podniesione, będę uważał jako koleżeńską wymianę przekonań i zadość uczynienie dla siebie — co do mnie to na pierwszą nazwę się godzę, ale daruje kol. K., jeżli mianem zadość uczynienia dla siebie oznaczę dopiero niniejsze moje pismo.

Jasło 20 grudnia 1887 r. *Dr. Cięglewicz.*

Odpowiedzi kol. Cięglewicza poświęciłem wiele zastanowienia, rozważałem jego rozumowania i wnioski, ale wyznać muszę, że pomimo najgłębszego wniknięcia w treść téj odpowiedzi nie zmieniła ona moich przekonań: zasadniczo

[1]) Ustęp ten w całości odczytać można w mém poprzedniém piśmie do *Przegl. Lekarsk.*

różnimy się, jak przedtem, a w szczegółach niejednomyślność jeszcze powiększyła się w skutek wypowiedzenia przez kol. C. kilku nowych argumentów, na które nie podobna mi się zgodzić.

Zasadniczą myślą moich poprzednich uwag, było wykazanie, że kol. C. nie spostrzegając objawów duszenia za życia i nie wykonawszy sekcyi nie mógł dać przekonywających dowodów, ażeby nagle zmarły jego chory rzeczywiście poniósł śmierć z uduszenia błoną dyfterytyczną, która wpadając do krtani miała przerwać dopływ powietrza. Po 9 latach znalazł kol. C. sprawozdanie z pracy Dra Groena, który na zwłokach wykazał obecność błony dyfter. w krtani; ten fakt tak utwierdził kol. C. w przekonaniu, że i w jego przypadku był także stan analogiczny, że w powyższéj swéj odpowiedzi, nie licząc się z tém, że co znaleziono w jednym przypadku, nie jest żadnym dowodem dla drugiego, powiada: „gdy jednak jestem w możności przedstawienia sekcyi dla tego rodzaju twierdzeń“ i t. d. Owoż na taki sposób kojarzenia myśli i wyprowadzenia z nich wniosków zgodzić się nie mogę i przeczę, ażeby przypadek nagłéj śmierci w Jaśle 1879 r. mógł znaleść wyjaśnienie w sekcyi odbytéj w Chrystyjanii 1887 r. Tak w niniejszych jak i poprzednich moich uwagach, miałem na oku rozprawę kol. C. z r. 1879 i z nią tylko rozprawiałem się; pracy Dra Groena nie znam, uczyniłem więc tylko zasadnicze zapytanie, czy ten autor, wykazawszy błonę dyfterytyczną w krtani rozpoznał uduszenie za życia, czyli téż to rozpoznanie powstało na stole anatomicznym? a to ze względu na tę okoliczność, że „w okresie przedśmiertnym, kiedy występuje znieczulenie sinicowe, lub téż kiedy w skutek słabéj akcyi serca powstaje nieprawidłowe funkcyjonowanie narządu mózgowo nerwowego, do krtani wpaść mogą z łatwością ciała obce, mające łatwy do niéj dostęp, a więc i błony dyfteryczne; wierzymy, że *in ultimis*, kiedy energija mięśniowa i nerwowa są już wyczerpane, krtań tych ciał obcych nie wykrztusi, ale to są już tylko czasem zdarzające się powikłania konania, a nie przyczyny jego“. Powyższe słowa przytoczyłem z poprzednich moich uwag dla tego, ażeby czytelnik mógł je porównać z cytatem kol. C., który przytacza, jakoby ustęp z moich poprzednich uwag w cudzysłowie, według następującego sensu i brzmienia: „Znalezione w krtani ciała obce, tam tylko *in ultimis* wpaść mogą, nie są więc to przyczyny konania, ale jego powikłania“. Ten cytat opatrzony cudzysłowami, wypisany w jednym ciągu, powinien był być kopiją oryginału, tymczasem znajduję w nim myśli poprzestawiane, słowa poopuszczane, tryb warunkowy zamieniony na tryb twierdzący, przez co sens został wypaczony; nie znając rozprawy Groena, uczyniłem tylko warunkową uwagę, że jeśli on za życia nie rozpoznał uduszenia błoną dyfterytyczną, to rozpoznanie pośmiertne mogłoby być mylném, a to ze względu na to, że konający wciągają czasem do krtani ciała obce, mające do niéj dostęp, i *in ultimis* już ich niewykrztuszają; z tych niedwuznacznych słów kol. C. podsuwa mi twierdzenie zasadnicze, jakobym ja powiedział, że znalezione w krtani „ciała obce tam tylko *in ultimis* wpaść mogą“. Zaznaczywszy tę nieścisłość, przekonany jestem, że powstała ona z pośpiechu; ale sądzę, że mam wszelkie prawo na zarzut, wynikły z parafrazowania moich słów, nie odpowiadać.

Z niemniejszém zdumieniem wyczytałem w powyższéj odpowiedzi kol. C. ustęp, w którym usiłuje mnie przekonać, że ciała obce, jak np. pokarmy, wpadają do krtani i śmierć nagłą sprowadzić mogą. Téj elementarnéj prawdzie w toku moich poprzednich uwag nigdzie nie zaprzeczyłem, a wszystko, co napisałem, odnosiło się wyłącznie do błony dyfterytycznéj „ślizkiéj, wilgotnéj, rozpulchnionéj, jaką bywa w okresie rozpadowym“, a która według mego mniemania przy zdrowém unerwieniu narządu wykrztuśnego winna być zawsze wykrztuszoną; o innych ciałach obcych mowy nie było, stylizacyja nie pozostawiała pola do dwuznacznego tłumaczenia i dla tego na zarzut wynikły, zapewne z przeoczenia, jakobym przeczył oczywistemu faktowi wpadania ciał obcych do krtani, nagłą śmierć wywołujących, nie odpowiadam, jako bezprzedmiotowy. Zwrócić jednak winniśmy uwagę kol. C., że odwołując się do Caspra Limana, powinien on był zauważyć, że w opisanych przez te powagi przypadkach uduszenia obce ciała (kawały mięsa) miały wymiary od 2 do 6 cali, że wklinowywały się one w krtań, wypełniając po nad nią cały przestwór gardła. Czyż może istnieć jakie porównanie między temi kilkocalowéj długości kotletami Caspra Limana a błoną dyfterytyczną? zwłaszcza, że według słów kol. C. w dniu śmierci dziecka gardło tak się oczyściło, że tylko na jednym migdałku było „wypuklenie wywołane szarą wypociną dyfterytyczną“. Gdybyśmy przynajmniéj nabrali przekonania, że i téj błony już nie było na migdałku w czasie skonu: niestety, żadna z trzech prac kol. C. nie wspomina, ażeby gardło po śmierci lub podczas konania zostało obejrzane, i pisząc te uwagi nie jesteśmy należycie utwierdzeni w wierze, czy błona ta, która jakoby wpadając do krtani miała śmierć nagłą sprowadzić, nie pozostała tam i po skonie, gdzie ją oglądał kol. C. na kilka godzin przed śmiercią swego chorego.

W rozumowaniu kol. C. położony jest pewien nacisk na to, że chory jego został zaskoczony nagłą śmiercią podczas snu, i to w tém pojęciu, jak się zdaje, że nieprzytomność nie dozwoliła organizmowi dziecka rozwinąć akcyi obronnéj. Sen jest stanem przedewszystkiem psychicznym, a więc zależnym od półkul mózgowych, wykrztuszanie zaś jest czynnością zwrotną, nietylko od mózgu głowowego niezależną, ale przeciwnie, półkule wywierają wpływ tamujący na odruchy, i fizyjologowie w swych badaniach siły zwrotnéj na zwierzętach usuwają półkule dla wywołania wybitniejszych odruchów. W obec więc faktu, że sen nie tamuje odruchów, nie może kol. C. odwołać się do stanu uśpienia, jako do okoliczności, ułatwiającéj dostanie się błony dyfterytycznéj do krtani i tamującéj zborność ruchów wykrztuśnych.

Niezaprzeczoną jest cechą, jeśli nie wszystkich Słowian, to nas Polaków, że lubimy odwoływać się do obcych powag, i że wymienienie nazwiska cudzoziemskiego nieraz nam staje za rzecz samą. Jestto oznaka naszéj małoletności cywilizacyjnéj, że u obcych musimy pytać się o drogę do prawdy: nikt z nas nie jest wolny od tego zarzutu, a piszący te słowa powinien powiedzieć z poetą: „mówię.... bom i sam pełen winy“. Ale wszystko winno mieć jakąś granicę, a przedewszystkiem czuwać należy, ażeby ci, których na przewodników wybieramy, sami drogę znali. Kol. C. powiada: „snać odmiennego zdania od kol. K. był redaktor *Med. Chir. Rundschau*, znany w świecie naukowym prof. Loebisch itd.“ Rzeczywiście prof. L. zdobył sobie głośne imię w nauce, ale tytuły do swéj zasłużonéj chwały zbiera nie na polu medycyny klinicznéj, jakby to wnioskować można było z powyższego odwołania się do niego, lecz na katedrze chemii lekarskiéj w Insbruku. Zresztą poddałbym się wyrokowi i téj powagi cudzoziemskiéj, gdybym wiedział, jak brzmi to „odmienne zdanie“ Loebischa o twierdzeniach, bronionych przez

kol. C.; ale odwołując się do niego, kol. C. nie oparł się na tém, co ten uczony powiedział, lecz na tem, że on nic nie powiedział, czyli jak się wyraża: „ogłosił bez żadnych z swéj strony uwag“. Odwołanie się do przysłowia: *qui tacet consentire videtur* nie byłoby tu usprawiedliwione, gdyż milczy nietylko ten, co się zgadza, ale i ten, co nie ma nic do powiedzenia.

Na uwagę naszą, że kol. C. porażeń nie wykluczył, że nietylko z niemi się nie liczył, ale w całéj rozprawie o nich nie wspomniał, odpowiada on nam, że porażenie serca i płuc wykluczył, gdyż powiedział, że „tętno było prawidłowe“. Ażeby samo zaznaczenie, wśród szablonowego wyliczania innych przypadów, że tętno było prawidłowe, miało znaczyć tyle, co wykluczenie porażenia serca i płuc, téj niedomyślności nikt nam za złe nie weźmie. A przecież w obec nagłéj śmierci po dyfteryi, tak ważna sprawa, jak porażenia, nie powinna była być zostawioną do domyślności czytelnika, nie powinna była pozostać zgoła niewymienioną; przeciwnie kol. C. powinien był dać uczuć czytelnikowi, że w krytycznèm ocenianiu przypadów myśl o porażeniu podyfterytycznèm, w obec nagłéj śmierci, ciągle mu była obecną, że w świetle téj krytyki, nie mogąc dopatrzeć porażeń, poniekąd został zniewolony do przyjęcia innego, niezwykłego tłumaczenia nagłéj śmierci swego chorego. Ale wróćmy do twierdzenia kol. C., że tętno było prawidłowe. Czy mogło ono być „zupełnie prawidłowe“ w obec tego, że chory kol. C. przebywał jednę z tych chorób zakaźnych, która wywiera tak zgubny wpływ na mięsień i unerwienie serca? czy mogło ono być prawidłowém 10 grudnia, jeśli 8-go nagle spadło z 128 na 45 a po paru godzinach ilość uderzeń serca wynosiła zaledwo 50? Ale wdrażając się w tor myśli kol. C. sądzimy, że chciał on wyrazić, że tętno nie było nitkowate, miękkie i przepuszczające. Przypuśćmy nawet, że napięcie tętnicy i fala tętna nie zdradzały żadnych zaburzeń, to czy jakość tętna musi zwiastować nagłą śmierć z porażenia serca lub narządu oddechowego? Co do serca, to prócz zastrzeżenia, że u osób dorosłych nagła śmierć z porażenia serca czasem następuje bez najmniejszych zwiastujących zaburzeń, czy to ogólnych, czy téż tylko w krążeniu, podzielamy zdanie kol. C.; natomiast mylném jest jego mniemanie, jakoby nagłe porażenie narządu oddechowego musiało być poprzedzane takiemi zaburzeniami w krążeniu, które czynią tętno nieprawidłowém. Już znakomita obserwacyja Duchennea pouczyła, że istnieją porażenne sprawy w narządzie oddechowym, niewywierające najmniejszego wpływu na czynność serca; odwrotnie Marchand i Billard [1]) dowiedli, że serce może ulegać w sposób odosobniony zaburzeniom porażennym, bez najmniejszych zmian w oddechaniu. Pomimo powagi imienia Duchennea ważny ten wniosek nie stałby się pewnikiem naukowym, jeśliby anatomija patologiczna nie stwierdziła, że to poosobne zajęcie chorobowe gałązek nerwu błędnego w istocie da się wykazać. W V tomie archiwu Virchowa z r. 1881 ogłosił Meyer, profesor kliniki lekarskiéj w Strasburgu, obserwacyję chorego, który uległ porażeniu podyfterycznemu; serce również zajętém było, tylko czynność oddechowa była prawidłowa. Sekcyja wykazała zmiany miąższowe i międzytkankowe w gałązce sercowéj nerwu błędnego, obok zupełnéj nienaruszalności gałązki płucnéj.

[1]) Wszyscy trzej zacytowani w sierpniowym zeszycie 1887 r. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* przez Dra Sussa w rozprawie jego: *De la paralysie diphtheritique du pneumogastrique.*

Spostrzeżenia zatém kliniczne i badania anatomiczne stwierdzają zgodnie, że zaburzenia wielorakie, które sprowadza błonica w ośrodkach mózgowych i nerwach obwodowych, mogą nawiedzać poosobno serce i płuca i że porażenie narządu oddechowego podyfteryczne, zwłaszcza nagłe, nie zwiastuje się zmianami w tętnie, a więc i twierdzenie kol. C., że dosyć jest zaznaczyć, iż tętno było prawidłowe, ażeby wykluczyć porażenia narządu oddechowego, w świetle nowoczesnych badań nie da się utrzymać.

W dalszym ciągu kol. C. czyni mi zarzut, że odkrywam w jego „rozprawce porażenie podniebienia miękkiego“ i powiada, że nie dziwi go to odkrycie, gdyż objawy tego porażenia on sam opisał. W istocie, jak to pisałem, jest mowa w paru miejscach o zwracaniu płynów przez nos i o głosie nosowym, ale posłuchajmy jak autor tłumaczy ten objaw: „przy każdém przełykaniu płynu część tego wraca się noskiem, jako dowód procesu chorobowego na podniebieniu miękkiém, które przy przełykaniu nie może dostatecznie zamykać tylnych otworów nosowych“, czyli jedném słowem kol. C. odnosi w swoim przypadku zwracanie płynu nosem do rozszerzenia się sprawy błonicowéj na miękkie podniebienie i upatruje tu tylko mechaniczną niedomykalność tylnych otworów nosowych. W obec tego, że powyższy objaw w błonicy tłumaczono zawsze porażeniem podniebienia miękkiego, teoryja mechaniczna kol. C. stanowi wyjątek, i do niéj moje „odkrycie“, jak się wyraża, kol. C. odnosi.

W celu uprzytomnienia przypadów duszenia użyłem w poprzednich moich uwagach wzoru duszenia się najczęściéj spostrzeganego, mianowicie w przebiegu dławca, gdyż zawada oddechowa w krtani, wywołana błoną dławcową, najwięcéj uwydatnia analogiję między dławcem a tym stanem, który według kol. C. miał miejsce u jego chorego: i tu i tam zawadę stanowią błony w krtani. Porównanie powyższe nie podobało się kol. C., gdyż w dławcu jest tylko cieśń oddechowa, a u jego chorego miało być doraźne przecięcie dopływu powietrza. Różnica taka niezawodnie istnieje, a polega na tém, że w cieśni krtaniowéj jest wdech cechujący, którego wcale nie ma w zupełném przecięciu dopływu powietrza, ale jestto różnica jedyna; wszystkie inne objawy duszenia się, o które mnie głównie chodziło, bez względu na przyczynę i na stopień zawady oddechowéj, są jednakie i te same. A jeśli kolegi C. nie przekonał przykład porównawczy w pierwszych moich uwagach użyty, to obecnie przytoczę mu drugi, tak często przy łóżku chorego spostrzegany; a i tym razem pozostanę przy dławcu: często wydarza się u tracheotomowanych, że kłąb błon i śluzu wpada do kaniuli, i zatykając szczelnie jéj światło, przecina całkowicie dopływ powietrza i wytwarza się więc stan analogiczny z tym, jaki wrzekomo miał mieć miejsce u chorego kol. C. Odwołuję się do specyjalistów laryngologów i lekarzy pracujących w szpitalach dla dzieci, i zapytuję, czy rzeczywiście u tych chorych nie występuje, jak twierdzi kol. C., „ani jeden objaw wymagany“ przeze mnie, a mowa tu o wciąganiu międzyżebrzy, przepony i t. d.; i czy w istocie nawet „sinica nie jest konieczną?“ Czyli też, jak nas pouczyło doświadczenie, chorzy ci czerwienieją, następnie sinieją, a jednocześnie powołują do walki z zawadą oddechową cały narząd mięśniowy, — przyczém występują wszystkie klasyczne objawy na szyi i klatce piersiowéj, które w cieśni krtaniowéj spostrzegamy?

Nie chcąc i nie mogąc rozszerzać nad miarę poprzednich moich uwag, nie wspomniałem w nich o erekcyi prącia, którą kol. C. zdaje się uważać za jeden z dowodów nagłéj śmierci

z uduszenia. Czy wzwód prącia w istocie ma miejsce u ludzi ginących nagłą śmiercią, np. u powieszonych? Fabula taka, jak ją Casper nazywa, przez długi szereg lat była podawaną z pokolenia w pokolenie, mówiono o niej i pouczano, chociaż tego wzwodu, jak węża morskiego, nikt nie widział. Już przed 30 laty Hyrtl w Topograficznéj Anatomii z pewną żartobliwością mówi o tém wierzeniu i wyznaje, że nic podobnego nie spostrzegał, i nie wierzy, ażeby rzecz ta istotnie miała miejsce. W Medycynie Sądowéj Caspra Limana na str. 646 wydania z 1876 r. znajduje się cały ustęp poświęcony téj sprawie, ale nie na to, ażeby utwierdzić czytelnika w przekonaniu, że wzwód prącia ma miejsce u ginących z uduszenia, lecz ażeby wykazać, na jakim błędzie powstało to wierzenie, a wreszcie ażeby zaznaczyć, że w całéj swéj praktyce sądowéj autor tego objawu nigdy nie spostrzegał. Jeszcze doraźniéj postąpił sobie Hofmann, gdyż w dziele swém z lat 1884 i 1887 ani słówkiem nie wspomina o sprawie wzwodu prącia u ginących z uduszenia, jako bezprzedmiotowéj i na zawsze pogrzebanéj. Te zdania pierwszorzędnych kazuistów powinny przekonać kol. C., że wzwód prącia, jako dowód śmierci z uduszenia, może dziś mieć wartość tylko historyczną.

Kończąc niniejsze uwagi, winniśmy zauważyć, że gdyby kol. C. założył był sobie swą rozprawą z r. 1879 zwrócić tylko uwagę ogółu lekarskiego, czy nie zdarzają się czasem przypadki nagłéj śmierci z uduszenia błoną dyfterytyczną, praca jego znalazłaby niezawodnie uznanie; natomiast nazwawszy swe przypuszczenia „pewnemi“ zajął pozycyję odosobnioną, któréj obronić nie jest w stanie tak z powodu trudności teoretycznych, jak i dla braku ściśléj obserwacyi [1]).

Dr. A. Kwaśnicki.

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Strauss i Dubreilh: **O nieistnieniu mikrobów w powietrzu wydechaném.**

Jak Liesier przeczuł a Tyndal żądał, powietrze wydechane jest pod względem optycznym czyste, pozbawione jest ono wszelkich cząstek zawieszonych, któreby mogły światło rozpraszać lub dawać smugę świetlną w zacienionym pokoju. S. i D. przepuszczali 250—300 litrów powietrza wydechanego przez flaszkę o 2 szyjkach, zawierającą rosół zalkalizowany, wyjałowiony z dodatkiem żelatyny. Większa część flaszek pozostała w c. 35° w łaźni jałowemu, a jeżeli czasem spostrzedz można było jakieś zmącenie, to wydech miał miejsce bardzo nagle i dostało się z tego powodu kilka kropelek śliny. Różni badacze nie zdołali zresztą wykazać prątków gruźliczych w powietrzu wydechaném przez chorych gruźlicą dotkniętych.

Autorowie wysnuwają z swych poszukiwań wniosek na pierwszy rzut oka dziwny, że ludzie i zwierzęta zgromadzeni w przestrzeni zamkniętéj nietylko nie każą powietrza wydechem, lecz przeciwnie czyszczą je, o ile to tyczy się mikrobów. Błony śluzowe wyścielające rozgałęzienia oskrzeli zatrzymują istotnie wszelkie twory morfologiczne, zawieszone w powietrzu. Jeżeli znajdujemy znaczne ilości zarodków w powietrzu sal szpitalnych i miejsc przepełnionych, to zarodki te dostają się tam z sukniami ludzi, błotem na obuwiu, z plwocin wysychających. S. i D. nie wzdrygają się zakończyć swego doniesienia w Akademii lekarskiéj słowami: „Oddychanie ludzi doprowadza do miejsca zamkniętego gazy trujące lub nieoddechalne, ale usiłuje oczyścić powietrze z mikrobów, które ono zawiera“. (*Rev. d'hyg. et de polic. sanit.* 1887, Nr. 1). *K. G.*

[1]) Końcowy głos zabierze w téj sprawie specyjalista, którego rozprawę niebawem ogłosimy. *Redakcyja.*

○ Rzut oka na pochód cholery w r. 1887 czyni uspakajające wrażenie, wykazując, że zaraza, która ukończyła rok 4ty obecnego swego po Europie pochodu, zmniejsza się tak co do swéj rozciągłości jak i mocy. Ogranicza się do Włoch i Malty, ku północy nie posunęła się po za Rzym i zabrała w całych Włoszech tylko nieco ponad 2200 ofiar, gdy liczba ich w r. 1884 wynosiła 14.300, a w r. 1885: 3496 w r. 1886 zaś: 6244. Na Malcie, zkąd donoszono o ostatnich przypadkach koło połowy listopada, zmarło w ogóle 429 osób. Sposób szerzenia się i przebiegu dostarczył i w ubiegłym roku wielu pouczających faktów. Rzym z wyborném swém zaopatrzeniem w wodę wodociągową i wielce poprawioném czyszczeniem gruntu okazał się, mimo różnych zawleczeń, glebą niestosowną do rozszerzenia się zarazy. Neapol nieznacznie tylko nawiedzonym został w porównaniu do lat poprzedzających obecne urządzenie zaopatrzenia w wodę, a na Malcie port z załogą, według zasad angielskich uzdrowotniony, słabo był dotknięty, gdy brudne wiejskie miejscowości we wnętrzu wyspy położone zaraza silnie nawiedziła. Po zaniechaniu w tym roku nakoniec wszelkich wzajemnych zamknięć pojedynczych obwodów i gmin we Włoszech, nastało mniejsze rozszerzenie się zarazy, aniżeli miało ono miejsce przy wskazanych usiłowaniach w latach poprzednich, należy się zatem spodziewać, że zrozumienie bezużyteczności i szkodliwości tego rodzaju zarządzeń z obecnemi stosunkami komunikacyjnemi pogodzić się niedających, dotrze do szerszych warstw ludności. Inaczéj rzecz się ma z kwarantannami morskiemi, a przez rząd angielski jednostronnie zarządzone przerwanie dotąd istniejących międzynarodowych zarządzeń ochronnych na morzu czerwoném i wejściu do kanału suezkiego, daje powód do obaw co do powtarzania się zawlekań zarazy z Indyj do krajów nad morzem śródziemném położonych. (*Centralbl. f. allg. Gsundheitspflege 1888 Z. I*).

(*H. K.*) Świat lekarski paryski jest obecnie bardzo zajęty nową chorobą opisaną w Akademii paryskiéj przez Peyrauda, t. z. wścieklizną wrotyczową (*rage tanacétique, Tanacetumwuth*). Istota wyciągowa z wrotycza swojskiego (*tanacetum vulgare*) wywołuje u królika objawy podobne do wścieklizny; już po wstrzyknięciu 2 kropel podskórnie powstają drgawki, ślinotok, duszność, chęć kąsania; 4 krople zabijają zwierzę. Prof. Hayem podał, że wodnik chloralu ma zarówno na tę wściekliznę jak i na wściekliznę prawdziwą znaczny wpływ wywierać. Badania dokładniejsze jednak nad wpływem chloralu na wściekliznę wrotyczową przekonały autora, że zwierzętom nią dotkniętym chloral nic nie pomaga, za to chroni je od wścieklizny, jeżeli przed wstrzyknięciem istoty wyciągowéj podano chloral. Podobnie działa chloral na wściekliznę prawdziwą u psa. (*Wiener med. Blätter* 1887 Nr. 48).

○ W Zakładzie obłąkanych na Kulparkowie, stosownie do ogłoszenia Wydziału krajowego z dnia 1 grudnia 1887 L. 57.183 (Dz. ustaw i rozp. kraj. Cz. XX Nr. 66) zniżono począwszy od 1 stycznia 1888 dotychczasową taksę leczenia III klasy z 90 ct dziennie na 80 ct., pozostawiając taksy leczenia w tymże Zakładzie dla klasy I w dotychczasowéj wysokości dziennie po 3 złr., a dla klasy II dziennie po 1 złr. 50 ct.

○ Niszczący wpływ wody wrzącéj na prątki durowe. Celem wypróbowania wpływu ukropu na prątki durowe Dr. Vilchner z Petersburga robił pewną liczbę czystych hodowli w rosole, przechowując je przez 2 dni w termostacie w ciepłocie koło 33° C., a następnie mięszał je w znanym stosunku z ukropem, a bezpośrednio potem rozsiewał je na żelatynie. Wynik okazał, że gdy objętość ukropu równą była objętości hodowli, prątki zostały częściowo lecz nie całowicie zniszczone. Gdy użyto podwójnéj objętości ukropu wszystkie prątki zostały zabite. Przy doświadczeniach ze stolcami durowemi znalazł, że wszystkie prątki, acz liczne, zostały zniszczone niewątpliwie przez dodanie ukropu w objętości cztery razy większéj niż stolce. Z tego powodu mniema, iż łatwą będzie rzeczą odrażać z wszelką pewnością odchody chorych na dur. (*The Lancet* 1888, I, Nr. 2).

(*H. K.*) Jako dobry środek odrażający obok innych znanych i powszechnie używanych, wymienia Fürbinger wyskok

i radzi, w celu uczynienia ręki zupełnie aseptyczną, co następuje: Brud z pod paznogci wydobywa się najpierw drogą suchą, przynajmniéj przez minutę należy myć ręce i paznogcie mydłem i dosyć ciepłą wodą, minutę trzymać w 80% wyskoku, a ręce z niego wyjęte należy zaraz zamaczać w płynie przeciwgnilnym, najlepiéj w 2% sublimacie lub 3% kwasie karbolowym. Skóra na ręce się nie psuje, a dokładne badania bakteryjologiczne F. wykazały, że jedynie w ten sposób odrażone ręce są zupełnie aseptyczne, że metoda Kümmela nie jest wystarczająca. Od niedawna przestrzega się sposobu odrażania według F. stale w klinice prof. Bergmana w Berlinie (*Deutsche med. Wochenschrift* 1887 Nr. 47).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 23 lutego. Otrzymaliśmy następującą odezwę. Towarzystwo lekarskie krakowskie w myśl uchwały z dnia 7 grudnia 1887 powziętéj na wniosek swéj Komisyi do popierania przemysłu lekarskiego krajowego wzywa wszystkich krajowych producentów przetworów dyjetetycznych, higijenicznych, leczniczych i przyborów do leczenia i pielęgnowania chorych służących, ażeby wzięli jak najliczniejszy udział w Wystawie higijeniczno lekarskiéj i dydaktyczno-przyrodniczéj, jaka odbędzie się we Lwowie w drugiéj połowie lipca b. r. podczas V Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Zarazem zawiadamia, że wszystkie przetwory lecznicze i dyjetetyczne dotychczas przez Towarzystwo lekarskie krak. polecone, pomieszczone zostaną w osobnéj grupie. Urządzeniem téj grupy z poręki Komisyi Tow. lek. krak. do popierania przemysłu lekarskiego zajmie się WP. Dr. Wiczkowski we Lwowie i udzielać będzie producentom tych przetworów wszelkich wyjaśnień i wskazówek.

O powtórzenie téj odezwy upraszamy uprzejmie szanowne Redakcyje pism lekarskich i przyrodniczych polskich.

Kraków d. 30 stycznia 1888 r.

Prezes Tow. lek. krak. — Przewodniczący kom. przem. Tow. lek. krak.

Doc. Dr. Pieniążek. — *Prof. Dr. Korczyński.*

* Na wczorajszém posiedzeniu Towarzystwa lek. krak. przyjęto w głosowaniu 6 nowych członków czynnych i jednego członka korespondenta, poczém Dr. Krokiewicz miał wykład o prątku rakowym, wykrytym przez Scheuerlena i okazał kultury tych prątków i preparaty mikroskopowe sporządzone z takowych. Prof. Rydel opisał sposób operowania zaćmy podany przez Weckera i przedstawił chorych w ten sposób operowanych. Dr. Schaitter okazał preparaty z przypadku sekcyi sądowéj, przy któréj wykazano ogólną wągrowatość.

* Urzędowa gazeta wiedeńska ogłasza rozporządzenie Ministra Oświecenia z d. 11 lutego 1888 r., tyczące się habilitowania docentów prywatnych w uniwersytetach. Rozporządzenie to obejmuje 15 paragrafów i wchodzi natychmiast w życie. Zmiany, które zaprowadza, są następujące: W § 2 powiedziano: *Veniam docendi* otrzymać można nie dla samowolnie ograniczonéj części umiejętności, lecz dla całego obszaru pewnéj nauki lub dla części większéj, którą można uważać za całość w sobie zamkniętą. § 3 orzeka, że kandydat obowiązany jest przedłożyć dzieło lub większą rozprawę, drukiem ogłoszoną, która samodzielnie i według metody umiejętnéj zajmuje się zagadnieniem téj nauki, dla któréj kandydat zamierza się habilitować. Ubiegać się można o habilitacyję dopiero we dwa lata po ukończeniu nauk. § 5 żąda, aby kandydat oprócz pracy przedłożył *curriculum vitae*, program wykładów, a przy naukach, wymagających wykład demonstracyjny, winien podać, w jaki sposób zamierza pozyskać potrzebne środki wykładowe, a względnie potrzebny materyjał. Jeżeli przedłożona praca naukowa uznaną została przez Wydział za odpowiednią, kandydata przypuszcza się do *Colloquium* a zarazem wzywa się go do przedłożenia 3 tematów dla wykładu próbnego (§ 8). *Colloquium* odbywają z kandydatem ci sami członkowie Wydziału, którzy badali rozprawę, jednak każdy członek Wydziału może wziąć w takowém udział. *Colloquium* nie ogranicza się do tematu przedłożonéj rozprawy, lecz rozciągnąć się winno na cały obszar przedmiotu, o którym kandydat zamierza wykładać (§ 9). Do wykładu próbnego przystęp mają wszyscy profesorowie i docenci uniwersytetu, oraz ci, którym Wydział wyjątkowo wstępu dozwoli (§ 10). *Veniam docendi* traci docent, który przez 4 po sobie idące półrocza nie wykłada, lub który przenosi się w inne miejsce, a spodziewać się nie można, aby regularnie mógł wykłady odbywać. Jeżeli docent przez 4 po sobie idące półrocza wprawdzie wykłady ogłaszał, ale takowych faktycznie nie odbywał, wtedy na wniosek lub po zapytaniu się Wydziału Minister uznać może prawo docenta jako zgasłe (§ 14).

* **Wiedeń**. Za inicyjatywą prof. Breiskiego powstało tu towarzystwo ginekologiczno-położnicze; przewodniczącym obrano prof. Karola Brauna, zastępcą prof. Breiskiego.

* **Dorpat**. Posadę opróżnioną w skutek śmierci śp. Rościszewskiego otrzymał p. Stanisław Dawid, który w r. 1885 ukończył wydział przyrodniczy w Warszawie, a następnie Petrowsko-Razumowską Akademiję rolniczą. Obok niego proponowany był p. Piotr Płodowski, wychowaniec téj saméj Akademii. O obydwóch nadeszły nader chlubne zdania profesorów i dyrektora zakładu.

* **Odznaczenia**. Lekarz praktykujący w Wiedniu, Dr. August Turkiewicz, otrzymał tytuł radcy cesarskiego.

* **Wiadomości osobowe**. Starszymi lekarzami wojskowymi w rezerwie mianowani: Drowie Franciszek Sroczyński, Maryjan Bujalski, Józef Łuszczkiewicz i Eugieni Wisłocki; lekarzem asystentem w rezerwie Dr. Kazimierz Ściborowski.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Strasburg**. Rektorem uniwersytetu wybrany prof. Goltz. — **Hala**. Asystent kliniki okulistycznéj Dr. Bunge mianowany został profesorem nadzw. — **Erlanga**. Na katedrę psychijatryi proponowani zostali Drowie Ganser, Dittmar i Bumm. — **Królewiec**. Prof. Quincke odmówił przyjęcia katedry klinicznéj i dla tego powołano Strümpella z Erlangi. — **Jena**. Obok Rosenbacha z Gietyngi proponowani są na katedrę chirurgii prof. Oberst z Hali, docent Landerer z Lipska i Dr. Riedel z Akwisgranu.

* **Nekrologija**. W Lipsku umarł tajny radca prof. Ernest Wagner (urodzony d. 12 marca 1829 r., otrzymał dyplom doktorski w r. 1852, w r. 1862 mianowany prof. patologii ogólnéj i anatomii patologicznéj a w r. 1877 po śmierci Wunderlicha profesorem i dyrektorem kliniki lekarskiéj. Oprócz licznych prac specyjalnych opracował razem z Uhlem dzieło p. t. *Handb. d. allg. Pathologie*, które doczekało się 7 wydań). — W Królewcu umarł Dr. Henryk Bohn, prof. nadzw. pedyjatryi w 58 roku życia.

W Kielcach umarł Dr. Władysław Strawiński; urodz. w r. 1848 w Głuchowie gub. czernichowskiéj, uzyskał stopień lekarza w Warszawie w r. 1874, pracował u proff. Hoyera i Nawrockiego i ogłosił kilka prac doświadczalnych w języku rosyjskim i polskim; od r. 1880 praktykował w Kielcach, gdzie urządził pracownię drobnowidowo-chemiczną przy tamecznym urzędzie lekarskim. *(Gaz. Lek.).*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 7: Dobrzyckiego: Sławuta, sprawozdanie za r. 1887. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 7: Sędziaka: O leczeniu suchot płucnych kreozotem; Matlakowskiego: *Aneurysma traumaticum arteriae carotidis communis dextrae* oraz uwagi o sposobie Antylla (c. d.).

Sprostowanie. W sprawozdaniu sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk umieszczonem w Nrze 5 Przeglądu Lek. na stronie 77, wiersz 21 od dołu zamiast tyłogłowia stać powinno tułowia. Na téjże stronicy powinien był być umieszczonym przed referatem z przemówienia Dra Zielewicza ustęp następujący: „Kol. Chłapowski odpowiada kol. Wicherkiewiczowi, iż poddawanie hypnotyzowanemu ograniczające się na saméj myśli w obec licznych poważnych świadków naukowych w przypadku przez siebie przytoczonym ponownie pożądany odnosiło skutek“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

W miasteczku Toporowie powiatu Brodzkiego, jest opróżniona posada lekarza z roczną płacą 250 złr. i 80 metr. sześć. drzewa opałowego.

Za oglądanie zwłok i bydła rzeźnego, co najmniéj rocznie 50 złr.

Ponieważ w miejscu apteki nie ma, pożądaną byłoby rzeczą, aby lekarz miał najpotrzebniejsze leki w domowéj aptece. Zgłosić się można do Zarządu dóbr Państwa Toporowskiego, poczta Toporów.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.